

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.M.S DENGAN DIAGNOSA MEDIK PNEUMONIA DI RUANG KELIMUTU RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**MARIA Y. KRISTIANI BRIA
PO.53032021181210**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn.M.S DENGAN DIAGNOSA MEDIK PNEUMONIA DI RUANG KELIMUTU RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG

Karya Tulis Ilmiah ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk
Menyelesaikan Studi Pada Program Studi Diploma III Keperawatan
Dan Mendapatkan Gelar Ahli Madya Keperawatan
Melalui Program Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL)



**MARIA Y. KRISTIANI BRIA
PO.53032021181210**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN


Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Yoseva Kristiani Bria
NIM : PO.5303201181120
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

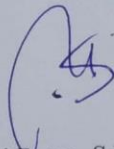
Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan studi kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 20 Juli 2019
Pembuat Pernyataan



Maria Yoseva Kristiani Bria
NIM. PO. 530320118811210

Mengetahui
Pembimbing



Mariana Oni Betan, S.Kep.,Ns.,MPH
NIP. 19730710 199703 2 003

LEMBAR PERSETUJUAN


Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Maria Yoseva Kristiani Bria, NIM. PO.5303201181210 Dengan "Asuhan Keperawatan Pada Tn. M. S. Dengan Pneumonia Di Ruang Kelimutu RSUD Prof Dr.W.Z. Johaness Kupang". Telah disetujui untuk diseminarkan di depan Dewan Penguji Prodi DIII Keperawatan kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada tanggal 22 Juli 2019.

Disusun oleh



Maria Yoseva Kristiani Bria
NIM. PO. 5303201181210

Pembimbing



Mariana Oni Betan, S.Kep., Ns., MPH
NIP. 19730710 199703 2 003

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh :Maria Yoseva Kristiani Bria, NIM. PO. 5303201181210 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Tn. M. S. dengan Pneumonia Di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang" telah dipertahankan di Depan Dewan Penguji Pada Tanggal : 22 Juli 2019

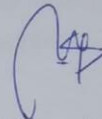
Dewan Penguji

Penguji I



Agustina Ina, S.Kep., M. Kes
NIP. 19740804 199803 2 001

Penguji II



Mariana Oni Betan, S.Kep., Ns., MPH
NIP. 19730710 199703 2 003

Mengesahkan Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp., M. Kes
NIP. 19691128 199303 1 005

Mengetahui Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margaretha Teli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP.19770727 200003 2 002

BIODATA PENULIS

Nama : Maria Yoseva Kristiani Bria
Tempat / Tanggal Lahir : Maliana, 12 Nopember 1986
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Nekafehan, Atambua, Belu NTT
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SDN 08 Raifun, Maliana 1998
2. Tamat SMPK St. Isidorus Besikama 2001
3. Tamat SPK Pemda Waikabubak 2004
4. Tamat D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Kupang, tahun 2019

Motto

**“Jawaban sebuah keberhasilan adalah
terus belajar dan tak kenal putus**

ABSTRAK
Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, 20 July 2019

Nama : Maria Y. Kristiani Bria
NIM : PO.5303201181210

Latar belakang: Pneumonia hingga saat ini masih tercatat sebagai masalah kesehatan utama pada orang-orang dewasa di negara berkembang, Pneumonia merupakan proses inflamasi parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh bakteri. **Tujuan:** untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada Tn. M. S dengan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. **Hasil:** Tn. M. S masuk rumah sakit pada tanggal 10 Juli 2019 dengan alasan Sesak napas, akan terasa berat apabila berbaring dan melakukan aktivitas.. Saat ini Tn. M. S. mengeluh Sesak napas. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data pasien nampak sesak, pernapasan cuping hidung, nyeri dada saat batuk. . Berdasarkan pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu ketidakefektifan pola napas , ketidakefektifan bersihan jalan napas, dan Intoleransi aktivitas. perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi Tn. M. S seperti mengajarkan teknik napas dalam dan minum air hangat untuk mengencerkan dahak. Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada Tn. M. S. teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan perawat ruangan. **Kesimpulan:** Asuhan Keperawatan pada Tn. M. S dengan Pneumonia dilakukan melalui 5 tahap proses keperawatan: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Semua tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah keperawatan diatas dapat dilaksanakan secara optimal

Kata kunci: Pneumonia.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. M. S dengan diagnosa medik pneumonia di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” tanggal 15-18 Juli 2019.

Selama proses penulisan Karya Tulis Ilmiah, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Mariana Oni Betan, S.Kep., Ns., MPH., selaku pembimbing dan penguji II yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Ibu Agustina Ina, S.Kep., M.Kes., selaku penguji I atau penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu Margaretha Teli S.Kep. Ns., MSc-PH selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
4. Bapak Dr. Florentianus Tat., SKp., M.Kes., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
5. Ibu Ragu Harming Kristina SKM., M.Kes., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
6. Ibu Sabina Gero, SKp., MSc., selaku Pembimbing Akademik yang telah membantu dan memberikan bimbingan, arahan dan motivasi selama masa studi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D-III Keperawatan, sehingga pada akhirnya penulis boleh menyelesaikan studi dan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Seluruh Dosen, Staf dan Tenaga Kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
8. Bapak Petrus Kale Te, S.Kep., Ns., selaku penguji III atau penguji klinik serta seluruh staf ruang Kelimutu, yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat

bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruangan Kelimutu RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

9. Alm. Bapak Bria Paulus dan Mama Romana Luruk, saudara terkasih Emanuel Bria dan Robertus Bria dan seluruh keluarga beserta kerabat yang senantiasa mendoakan dan mendukung baik secara moril maupun materi sehingga penulis dapat menyelesaikan seluruh proses perrkuliahan dan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik
10. Suami tercinta Marselinus Bere Nahak, SKM., anak-anak terkasih Ardy Manehat, Arny Manehat dan Arqy Bere Nahak , yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini..
11. Teman-teman RPL tahun 2018 untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, 22 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman

Judul	i
Pernyataan Keaslian Tulisan	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan	iv
Biodata Penulis	v
Abstrak	vi
Kata Pengantar	vii
Daftar Isi	ix
Bab 1 Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Penulisan	3
Bab 2 Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Pneumonia	4
2.1.1 Definisi	4
2.1.2 Etiologi	4
2.1.3 Patofisiologi	5
2.1.4 Manifestasi Klinis	6
2.1.5 Komplikasi	7
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik	8
2.1.7 Penatalaksanaan	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	9
2.2.1 Pengkajian	9
2.2.2 Diagnosa	11
2.2.3 Intervensi	12
2.2.4 Implementasi	15
2.2.5 Evaluasi	15

Bab 3 Hasil Studi Kasus dan Pembahasan

3.1 Hasil Studi Kasus.....	16
3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	16
3.1.2 Pengkajian	16
3.1.3 Diagnosa	19
3.1.4 Rencana Keperawatan	19
3.1.5 Implementasi	20
3.1.6 Evaluasi	22
3.2 Pembahasan	23
3.2.1 Keterbatasan studi kasus	26

Bab 4 Penutup

4.1 Kesimpulan	27
4.2 Saran	28
Daftar Pustaka	29
Lampiran	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pneumonia hingga saat ini masih tercatat sebagai masalah kesehatan utama pada orang-orang dewasa di negara berkembang, Pneumonia merupakan proses inflamasi parenkim paru yang umumnya disebabkan oleh bakteri. Kasus pneumonia tidak mengenal kriteria usia ataupun jenis kelamin, pneumonia dapat menyerang siapapun, terutama pada orang yang memiliki daya imun yang menurun (*Smeltzer, 2006*). Pneumonia juga mengalami terjadinya penurunan volume paru sehingga mengakibatkan gangguan pada proses ventilasi dan terjadi gangguan pertukaran gas (*Djojodibroto, 2009*). Apabila gangguan pertukaran gas tidak segera ditangani maka menyebabkan ketidakseimbangan ventilasi dan perubahan membran alveolar.

Pneumonia merupakan penyebab kematian terbesar di seluruh dunia. Pada tahun 2015, terjadi 920.136 kematian akibat pneumonia, 16% dari seluruh kematian anak usia kurang dari 5 tahun (*WHO, 2016*). Jumlah penderita pneumonia di Indonesia pada tahun 2013 berkisar antara 23%-27% dan kematian akibat pneumonia sebesar 1,19% (*Kemenkes RI, 2014*). Terhitung dari bulan maret 2019 hingga juni 2019, di RSUD prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, ruang Kelimutu didapatkan kasus pneumonia sebanyak 9 orang (buku register ruang Kelimutu, 2019).

Pneumonia disebabkan karena bakteri yang masuk ke bronkiolus dan alveoli yang menimbulkan peradangan hebat, terdapat cairan edema yang kaya protein dalam alveoli, sehingga saluran pernafasan akan terganggu dan tidak berfungsi dengan normal dan keluar masuknya oksigen juga akan terganggu dan akan mengakibatkan gangguan pertukaran gas. Pada pasien pneumonia dampak dari gangguan pertukaran gas dapat menyebabkan terjadinya hipoksia dan gagal nafas (*Elliott, 2009*). Hal ini disebabkan karena daerah paru menjadi padat (*eksudat*) sehingga terjadi penurunan ratio ventilasi dan perfusi yang berdampak

pada penurunan kapasitas difusi (*Djodjosubroto, 2009*). Dampak dari pneumonia apabila tidak diberikan penanganan asuhan keperawatan yang sesuai antara lain demam, nafas cepat, terjadi superinfeksi, kegagalan pneumonia untuk menyembuh, meningkatkan kecurigaan terjadinya karsinoma pernapasan, dan akan menimbulkan komplikasi yaitu atelektasis, syok, gagal pernapasan, dan efusi pleura (*Smeltzer, 2002*).

Upaya yang dapat dilakukan pada pasien dengan pneumonia adalah dengan menjaga kelancaran sistem pernafasan, terutama pada pasien dengan masalah gangguan pertukaran gas, memelihara kebersihan paru, ajarkan batuk efektif dan monitor O₂ juga dapat dilakukan untuk menjaga kelancaran sistem pernafasan penuhi kebutuhan nutrisi dan cairan, mengontrol suhu tubuh, serta menjaga lingkungan yang bersih dan aman. Dan juga lakukan manajemen jalan nafas, pemantauan respirasi seperti buka jalan nafas, catat pergerakan dada.

1.2 Tujuan

1. Tujuan umum :

Penulis mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Tn.M.S dengan diagnosa medik pneumoni secara komprehensif.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn.M.S dengan diagnosa medik pneumoni.
- b. Penulis mampu menyusun diagnosa keperawatan yang muncul pada diagnosa medik pneumoni.
- c. Penulis mampu melaksanakan rencana keperawatan pada Tn.M.S dengan diagnosa medik pneumoni.
- d. Penulis mampu mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan pada Tn.M.S dengan diagnosa medik pneumoni.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada Tn.M.S dengan diagnosa medik pneumoni.

1.3. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam pembuatan asuhan keperawatan tentang klien pneumonia dengan masalah gangguan pertukaran gas agar perawat mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien selama di rawat di rumah sakit.

2. Bagi Klien dan Keluarga

Untuk menambah pengetahuan bagaimana keluarga klien bagi klien dan keluarga sehingga mampu melakukan tindakan yang sesuai dengan masalah gangguan pertukaran gas.

3. Bagi Rumah sakit

Dapat meningkatkan mutu perawatan pelayanan pada kasus pneumonia dan bisa memperhatikan kondisi dan kebutuhan pasien pneumonia dengan masalah gangguan pertukaran gas.

4. Bagi Penulis

Dapat digunakan sebagai bahan dasar untuk Penulisan Karya Tulis Ilmiah, selanjutnya dengan masalah keperawatan yang lebih luas.

BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Pneumonia

2.1.1. Definisi

Pneumonia merupakan suatu peradangan pada paru yang tidak saja mengenai jaringan paru tetapi dapat juga mengenai bronkholi. (nugroho, 2011).

Pneumonia adalah salah satu penyakit peradangan akut parenkim paru yang biasanya dari suatu infeksi saluran pernafasan bawah akut (*INSBA*) dan ditandai dengan gejala batuk disertai dengan sesak nafas yang disebabkan oleh agen infeksius seperti virus , bakteri, mycoplasma, dan substansi asing , berupa radang paru-paru yang disertai eksudasi dan konsolidasi dan dapat dilihat melalui gambaran radiologi. (Nurarif, 2015) Pneumonia adalah proses inflamasi parenkim paru yang terdapat konsolidasi dan terjadi pengisian rongga alveoli oleh eksudat yang dapat disebabkan oleh bakteri, virus, jamur, dan benda-benda asing. (muttaqin, 2008)

2.1.2. Etiologi

Menurut Nanda (2015) peenyebaran infeksi terjadi melalui droplet dan sering disebabkan oleh streptococcus pnemonia, melalui slang infus oleh staphylococcus aureus sedangkan pada oemakaian ventilatr oleh P. Aeruginosa dan enterobacter. Dan masa kini terjadi karena perubahan keadaan pasien seperti kekebalan tubuh dan penyakit kronis, polusi ligkungan, penggunaan antibiotic yang tidak tepat. Setelah masuk paru-paru organisme bermultiplikasi dan jika telah berhasil mengahlahkan mekanisme pertahanan paru, terjadi pnemonia.

Selain penyebab diatas terjadinya pneumonia sesuai penggolongannya yaitu, Bacteria yang terdiri dari diplococcus pnemonia, pnemococcus, streptokokus hemolyticus, streptokokus aureus, hemophilus influinzae, mycobacterium tuberkolusis, bacillus friedlander. Virus penyebab penumonia ialah repiratory syncytial virus, adeno virus, V. Sitomegalik, V. Influenza.

Mycoplasma pneumoniae, jamur penyebab pneumonia yaitu histoplasma capsulatum, cryptococcus neoformans, blastomyces dermatitidis, coccidioides immitis, aspergillus species, candida albicans. Pneumonia juga dapat disebabkan oleh aspirasi makanan, kerosene (bensin, minyak tanah), cairan amnion, benda asing. Pneumonia hipostatik, Sindrom loefflet.

2.1.3. Patofisiologi

Pneumonia yang dipicu oleh bakteri bisa menyerang siapa saja, dari anak sampai usia lanjut. Pecandu alkohol, pasien pasca operasi, orang-orang dengan gangguan penyakit pernapasan, sedang terinfeksi virus atau menurun kekebalan tubuhnya, adalah yang paling berisiko. Sebenarnya bakteri pneumonia itu ada dan hidup normal pada tenggorokan yang sehat. Pada saat pertahanan tubuh menurun, misalnya karena penyakit, usia lanjut, dan malnutrisi, bakteri pneumonia akan dengan cepat berkembang biak dan merusak organ paru-paru. Kerusakan jaringan paru setelah kolonisasi suatu mikroorganisme paru banyak disebabkan oleh reaksi imun dan peradangan yang dilakukan oleh pejamu. Selain itu, toksin-toksin yang dikeluarkan oleh bakteri pada pneumonia bakterialis dapat secara langsung merusak sel-sel sistem pernapasan bawah. Pneumonia bakterialis menimbulkan respon imun dan peradangan yang paling mencolok. Jika terjadi infeksi, sebagian jaringan dari lobus paru-paru, ataupun seluruh lobus, bahkan sebagian besar dari lima lobus paru-paru (tiga di paru-paru kanan, dan dua di paru-paru kiri) menjadi terisi cairan. Dari jaringan paru-paru, infeksi dengan cepat menyebar ke seluruh tubuh melalui peredaran darah. Bakteri pneumokokus adalah kuman yang paling umum sebagai penyebab pneumonia (Sipahutar, 2007).

Proses pneumonia mempengaruhi ventilasi. Setelah agen penyebab mencapai alveoli, reaksi inflamasi akan terjadi dan mengakibatkan ekstrasasi cairan serosa ke dalam alveoli. Adanya eksudat tersebut memberikan media bagi pertumbuhan bakteri. Membran kapiler alveoli menjadi tersumbat sehingga menghambat aliran oksigen ke dalam perialveolar kapiler di bagian paru yang terkena dan akhirnya terjadi hipoksemia (Engram 1998).

Setelah mencapai alveoli, maka pneumokokus menimbulkan respon yang khas terdiri dari empat tahap yang berurutan (Price, 1995 : 711). Kongesti (24 jam pertama) : Merupakan stadium pertama, eksudat yang kaya protein keluar masuk ke dalam alveolar melalui pembuluh darah yang berdilatasi dan bocor, disertai kongesti vena. Paru menjadi berat, edematosa dan berwarna merah.

Hepatisasi merah (48 jam berikutnya) : Terjadi pada stadium kedua, yang berakhir setelah beberapa hari. Ditemukan akumulasi yang masif dalam ruang alveolar, bersama-sama dengan limfosit dan makrofag. Banyak sel darah merah juga dikeluarkan dari kapiler yang meregang. Pleura yang menutupi diselubungi eksudat fibrinosa, paru-paru tampak berwarna kemerahan, padat tanpa mengandung udara, disertai konsistensi mirip hati yang masih segar dan bergranula (hepatisasi = seperti hepar).

Hepatisasi kelabu (3-8 hari) : Pada stadium ketiga menunjukkan akumulasi fibrin yang berlanjut disertai penghancuran sel darah putih dan sel darah merah. Paru-paru tampak kelabu coklat dan padat karena leukosit dan fibrin mengalami konsolidasi di dalam alveoli yang terserang.

Resolusi (8-11 hari) : Pada stadium keempat ini, eksudat mengalami lisis dan direabsorpsi oleh makrofag dan pencernaan kotoran inflamasi, dengan mempertahankan arsitektur dinding alveolus di bawahnya, sehingga jaringan kembali pada strukturnya semula. (Underwood, 2000 : 392).

2.1.4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada pneumonia ialah demam, sering tampak sebagai tanda infeksi yang pertama. Paling sering terjadi pada usia 6 bulan – 3 tahun dengan suhu mencapai 39,5 °C - 40,5°C bahkan dengan infeksi ringan. Mungkin malas dan peka rangsang atau terkadang euphoria dan lebih aktif dari normal, beberapa anak bicara dengan kecepatan yang tidak biasa. Meningismus, yaitu tanda-tanda meningeal tanpa infeksi meninges. Terjadi dengan awitan demam yang tiba-tiba dengan disertai sakit kepala, nyeri dan kekakuan pada punggung dan leher, adanya tanda kernig dan brudzinski, dan akan berkurang saat suhu turun. Anoreksia, merupakan hal yang umum disertai dengan penyakit masa

kanak-kanak. Seringkali merupakan bukti awal dari penyakit. Menetap sampai derajat yang lebih besar atau lebih sedikit melalui tahap demam dari penyakit, seringkali memanjang sampai tahap pemulihan. Pada anak kecil mudah muntah bersamaan dengan penyakit yang merupakan petunjuk untuk awitan infeksi. Biasanya berlangsung singkat, tetapi dapat menetap selama sakit.

Diare yang menjadi salah satu gejala dari pneumonia biasanya ringan, diare sementara tetapi dapat menjadi berat. Sering menyertai infeksi pernafasan. Khususnya karena virus. Nyeri abdomen, merupakan keluhan umum. Kadang tidak bisa dibedakan dari nyeri apendiksitis.

Gejala pneumonia pada saluran pernapasan terdapat sumbatan nasal, pasase nasal kecil dari bayi mudah tersumbat oleh pembengkakan mukosa dan eksudasi, dapat mempengaruhi pernafasan dan menyusu pada bayi. Keluhan nasal, sering menyertai infeksi pernafasan. Mungkin encer dan sedikit (rinorea) atau kental dan purulen, bergantung pada tipe dan atau tahap infeksi. Batuk, merupakan gambaran umum dari penyakit pernafasan. Dapat menjadi bukti hanya selama fase akut. Bunyi pernafasan, seperti batuk, mengi, mengorok. Auskultasi terdengar mengi, krekels.

2.1.5. Komplikasi

Komplikasi yang timbul dari pneumonia menurut Ngastiyah (2012) yaitu: Empiema merupakan akumulasi pus diantara paru dan membran yang menyelimutinya (ruang pleura) yang dapat terjadi bilamana suatu paru terinfeksi.

Otitis media akut adalah infeksi pada telinga bagian tengah, Otitis media akut sering dijumpai pada anak-anak. Biasanya anak mengeluhkan nyeri disertai penurunan pendengaran.

Emfisema adalah penyakit progresif jangka panjang pada paru-paru yang umumnya menyebabkan napas menjadi pendek Secara bertahap, kerusakan jaringan paru pada emfisema akan membuatnya kehilangan elastisitas. Kantung-kantung udara (alveoli) pada paru-paru penderita juga rusak.

Meningitis adalah penyakit yang disebabkan oleh peradangan pada selaput pelindung yang menutupi saraf otak dan tulang belakang yang dikenal sebagai

meninges. Peradangan biasanya disebabkan oleh infeksi dari cairan yang mengelilingi otak dan sumsum tulang belakang.

Efusi pleura adalah kondisi yang ditandai oleh penumpukan cairan di antara dua lapisan pleura, Pleura merupakan membran yang memisahkan paru-paru dengan dinding dada bagian dalam, Cairan yang diproduksi pleura ini sebenarnya berfungsi sebagai pelumas yang membantu kelancaran pergerakan paru-paru ketika bernapas.

Abses paru adalah infeksi paru-paru. Penyakit ini menyebabkan pembengkakan yang mengandung nanah, nekrotik pada jaringan paru-paru, dan pembentukan rongga yang berisi butiran nekrotik atau sebagai akibat infeksi mikroba. Pembentukan banyak abses dapat menyebabkan pneumonia atau nekrosis paru-paru.

Gagal napas adalah ketidakmampuan tubuh dalam mempertahankan tekanan parsial normal O₂ dan atau CO₂ didalam darah. Gagal nafas adalah suatu kegawatan yang disebabkan oleh gangguan pertukaran oksigen dan karbondioksida, sehingga sistem pernafasan tidak mampu memenuhi metabolisme tubuh.

Sepsis adalah suatu keadaan di mana tubuh bereaksi hebat terhadap bakteri atau mikroorganisme lain. Sepsis merupakan suatu keadaan yang mesti ditangani dengan baik yang berhubungan dengan adanya infeksi oleh bakteri. Bila tidak segera diatasi, sepsis dapat menyebabkan kematian penderita.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut *Betz dan Sowden* (2002) dapat dilakukan antara lain kajian foto thorak– diagnostic, digunakan untuk melihat adanya infeksi di paru dan status pulmoner (untuk mengkaji perubahan pada paru). Nilai analisa gas darah, untuk mengevaluasi status kardiopulmoner sehubungan dengan oksigenasi. Hitung darah lengkap dengan hitung jenis untuk menetapkan adanya anemia, infeksi dan proses inflamasi. Pewarnaan gram (darah) untuk seleksi awal antimikroba. Tes kulit untuk tuberkulin– mengesampingkan kemungkinan TB jika anak tidak berespons terhadap pengobatan. Jumlah

leukosit– leukositosis pada pneumonia bacterial. Tes fungsi paru, digunakan untuk mengevaluasi fungsi paru, menetapkan luas dan beratnya penyakit dan membantu mendiagnosis keadaan. Spirometri statik, digunakan untuk mengkaji jumlah udara yang diinspirasi.

Kultur darah – spesimen darah untuk menetapkan agens penyebabnya seperti virus dan bakteri. Kultur cairan pleura – spesimen cairan dari rongga pleura untuk menetapkan agens penyebab seperti bakteri dan virus. *Bronkoskopi*, digunakan untuk melihat dan memanipulasi cabang- cabang utama dari pohon trakeobronkial; jaringan yang diambil untuk diuji diagnostik, secara terapeutik digunakan untuk menetapkan dan mengangkat benda asing. Biopsi paru– selama torakotomi, jaringan paru dieksisi untuk melakukan kajian diagnostik.

2.1.7. Penatalaksanaan

Pada penderita yang penyakitnya tidak terlalu berat, bisa diberikan antibiotik per-oral dan tetap tinggal dirumah. Penderita yang lebih tua dan penderita dengan sesak nafas atau dengan penyakit jantung atau penyakit paru lainnya, harus dirawat dan antibiotik diberikan melalui infus. Mungkin perlu diberikan oksigen tambahan, cairan intravena dan alat bantu nafas mekanik. Kebanyakan penderita akan memberikan respon terhadap pengobatan dan keadaannya membaik dalam waktu 2 minggu. Menurut Nurarif (2015) Penatalaksanaan umum yang dapat diberikan antara lain pemberian Oksigen 1-2 L/menit, jika sesak tidak terlalu berat, dapat dimulai makanan enteral bertahap melalui selang nasogastrik dengan feeding drip. Jika sekresi lendir berlebihan dapat diberikan inhalasi dengan salin normal dan beta agonis untuk memperbaiki transport mukosilier. Koreksi gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit.

2.2 Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subjektif (data yang didapat dari pasien/keluarga) melalui metoda anamnesa dan data objektif (data hasil pengukuran atau observasi).

Menurut Nurarif (2015), pengkajian yang harus dilakukan meliputi identitas berupa nama, usia, jenis kelamin. Keluhan utama biasanya pasien dengan pneumonia datang dengan keluhan sesak napas, irama napas cepat, pada anak biasanya rewel, pergerakan dada yang abnormal.

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang untuk mengetahui bagaimana jalannya penyakit saat ini, lamanya sakit, kualitas dan kuantitas batuk, seringnya serangan, waktu serangan dan lain-lain sebagai gambaran tingkat keparahan sakit yang sedang dialami pasien, dan sebagai penentu jenis tindakan keperawatan yang dapat dilakukan.

Penggambaran faktor resiko/ pencetus kondisi saat ini yang mungkin berhubungan, seperti riwayat penyakit ISPA lainnya, status nutrisi, penyakit menular lain yang pernah diderita, riwayat alergi, merupakan data pada pengkajian riwayat kesehatan dahulu.

Pengkajian pada riwayat kesehatan keluarga dilakukan untuk mengetahui apakah pernah ada anggota keluarga yang menderita penyakit serupa, curiga adanya infeksi antar manusia, riwayat penyakit keturunan yang mungkin berkaitan dengan keluhan utama, dan kebiasaan pasien yang dapat menjadi pencetus timbulnya penyakit pneumonia, seperti merokok.

Persepsi kesehatan dan manajemen kesehatan pada anak/bayi keluarga sering mendapatkan pemahaman yang kurang terhadap pneumonia, tidak tahu penyebab, pencetus, tanda gejala awal, penanganan dan pencegahan awal kasus pneumonia. Pada klien dewasa biasa terjadi kurangnya pemahaman terhadap sakit saat ini, tidak melakukan pencegahan, peningkatan daya tahan tubuh dan lain-lain.

Status nutrisi pada pasien pneumonia biasanya tidak ada nafsu makan, perasaan mual muntah. Riwayat gangguan nutrisi (adanya faktor imunitas, berkaitan dengan resiko pneumonia), Penurunan berat badan dan indikator nutrisi lainnya. Perasaan haus, berkeringat banyak karena demam. Pola eliminasi yang terjadi kadang-kadang normal, bisa terjadi konstipasi atau diare, Produksi urine normal / menurun, terjadi keluhan gastrointestinal, distensi abdomen karena nyeri.

Pasien pneumonia biasanya mengalami kelemahan, kelelahan, intoleransi

terhadap aktivitas, perasaan sesak nafas sehingga tidak bisa beraktivitas, batuk, nafas cepat, ada tarikan dinding dada, perubahan warna kulit, sianosis karena gangguan perfusi. Gangguan pola istirahat, tidak bisa tidur karena sesak nafas dan rasa nyeri. Pada bayi/anak biasanya rewel/menangis.

2.2.2 Diagnosa keperawatan menurut Nanda (2015)

Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan napas. Batasan karakteristik: tidak ada batuk dan suara napas tambahan, perubahan irama dan frekuensi napas, sianosis, kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara, penurunan bunyi napas, dispneu, sputum dalam jumlah yang berlebihan, batuk yang tidak efektif, gelisah, mata terbuka lebar.

Faktor-faktor yang berhubungan: Lingkungan: perokok pasif, mengisap asap, merokok. Obstruksi jalan napas: spasme jalan napas, mokus dalam jumlah berlebihan, eksudat dalam jalan alveoli, materi asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi dalam bronki. Fisiologis : jalan napas alergik, asma, penyakit paru obstruksi kronik, hiperplasi dinding bronkial, infeksi, disfungsi neuromuskular.

Ketidakefektifan pola napas. Batasan karakteristik: perubahan kedalaman pernapasan, perubahan ekskuri dada, mengambil posisi tiga titik, bradipneu, penurunan tekanan ekspirasi, penurunan ventilasi semenit, penurunan kapasitas vital, dipneu, peningkatan diameter anterior-posterior, pernapasan cuping hidung, ortopneu, fase ekspirasi memanjang, pernapasan bibir, takipneu, penggunaan otot aksesorius untuk bernapas.

Faktor yang berhubungan yaitu ansietas, posisi tubuh, deformitas tulang, kelelahan, hiperventilasi, sindrom hipoventilasi, gangguan muskuloskeletal, kerusakan neurologis, imaturitas neurologis, disfungsi neuromuskular, obesitas, nyeri dan kelelahan otot pernapasan, cedera medula spinalis.

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam. Batasan karakteristik: perubahan status mental, perubahan tekanan darah, penurunan tekanan nadi, penurunan turgor kulit, penurunan turgor lidah, penurunan haluan urin, penurunan pengisian vena, membran mukosa

kering, kulit kering, peningkatan hematokrit, peningkatan suhu tubuh, peningkatan frekwensi nadi, peningkatan konsentrasi urin, penurunan berat badan, haus dan kelelahan.

Faktor yang berhubungan: kehilangan cairan aktif, kegagalan mekanisme regulasi.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan isolasi respiratory. Batasan karakteristik: respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas, respon frekwensi jantung abnormal terhadap aktivitas, perubahan EKG yang mencerminkan aritmia dan iskemia, ketidaknyamanan setelah beraktivitas, merasa lemah dan letih.

Faktor yang berhubungan: tirah baring atau imobilisasi, kelemahan umum, ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, imobilitas, gaya hidup monoton

Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan perawatan anak pulang. Batasan karakteristik: perilaku hiperbola, ketidakakuratan mengikuti perintah, ketidakakuratan melakukan tes, perilaku tidak tepat (misalnya histeria, bermusuhan, agitasi, apatis), pengungkapan masalah.

Faktor yang berhubungan: keterbatasan kognitif, salah interpretasi informasi, kurang pajanan, kurang minat dalam belajar, kurang dapat mengingat, tidak familier dengan sumber informasi.

2.2.3 Rencana keperawatan

Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan nafas. Tujuan (NOC): respiratory status: ventilation, kepatenan jalan napas. Kriteria hasil: mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips); menunjukkan jalan napas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama napas, frekwensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara napas abnormal); mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas.

Intervensi (NIC): arway suction, pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning, auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning, informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning, minta klien napas dalam sebelum suction

dilakukan, berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal, gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan, anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal, monitor status oksigen pasien, ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction, hentikan suction dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂; airway management: buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan, pasang mayo bila perlu, lakukan fisioterapi dada jika perlu, keluarkan sekret dengan batuk atau suction, auskultasi suara nafas catat adanya suara nafas tambahan, berikan bronkodilatator bila perlu, monitor respirasi dan status O₂.

Ketidakefektifan pola napas. Tujuan (NOC): respiration status ventilation, airway patency, vital sign status. Kriteria hasil: mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips); menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekwensi pernapasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal); tanda-tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi dan pernapasan).

Intervensi (NIC): airway management: buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan, pasang mayo bila perlu, lakukan fisioterapi dada jika perlu, keluarkan sekret dengan batuk atau suction, auskultasi suara nafas catat adanya suara nafas tambahan, berikan bronkodilatator bila perlu, monitor respirasi dan status O₂.

Oxygen therapy: bersihkan mulut, hidung dan secret trakea, pertahankan jalan nafas yang paten, atur peralatan oksigenasi, monitor aliran oksigen, pertahankan posisi pasien, observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi, monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

Monitor tanda-tanda vital: monitor tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan; catat adanya fluktuasi tekanan darah; auskultasi tekanan darah pada kedua lengan

dan bandingkan; monitor tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan sebelum, selama dan setelah aktivitas; monitor kualitas nadi; monitor frekwensi dan irama pernapasan; monitor suara paru; monitor pola pernapasan abnormal, monitor suhu, warna dan kelembaban kulit; monitor sianosis perifer, identifikasi penyebab dari perubahan vital sign.

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam. Tujuan (NOC): fluid balance, hydration, nutritional status food and fluid, intake. Kriteria hasil: mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, berta jenis urine normal, tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal, tidak ada tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Intervensi (NIC): fluid management yaitu timbang popok/pembalut jika diperlukan, pertahankan catatan intake dan output yang akurat, monitor status dehidrasi jika diperlukan, monitor tanda-tanda vital, monitor masukan makanan/cairan dan hitung intake kalori harian, kolaborasi pemberian cairan intravena, monitor status nutrisi, dorong keluarga untuk membantu pasien makan, kolaborasi dengan dokter, atur kemungkinan transfusi dan persiapan untuk transfusi. Hypovolemia management: monitor status cairan termasuk intake dan output cairan, pelihara IV line, monitor tingkat Hb dan hematokrit, monitor tanda vital, monitor berat badan, monitor adanya tanda gagal ginjal.

Intoleransi aktivias berhubungan dengan isolasi respiratory. Tujuan (NOC): energy conservation, activity tilerance, self care: ADLS. Kriteria hasil: berpartisipasi dalam aktivitas fisik disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan, mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, tanda-tanda vital normal, energy psikomotor, level kelemahan, mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan, sirkulasi status baik, status respirasi pertukaran gas dan ventilasi adekuat.

Intervensi (NIC): terapi aktivitas, kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat, bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial, bantu untuk

mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, bantu klien untuk membuat jadwal latihan di waktu luang, monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.

Defisiensi pengetahuan berhubungan dengan perawatan anak pulang. Tujuan (NOC) : knowledge disease process and health behavior. Kriteria hasil: pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan; pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan dengan benar; pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya.

Intervensi (NIC) teaching disease process: berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik; jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat; gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat; gambarkan proses penyakit dengan cara yang tepat; identifikasi kemungkinan penyebab dengan cara yang tepat, sediakan informasi yang tepat tentang kondisi, diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit, diskusikan pilihan terapi atau penanganan, instruksikan pada pasien mengenai tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan dengan cara yang tepat.

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dalam proses keperawatan yang merupakan serangkaian kegiatan/tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung pada klien. Tindakan keperawatan dilakukan dengan mengacu pada rencana tindakan/intervensi keperawatan yang telah ditetapkan/dibuat.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai apakah masalah keperawatan telah teratasi atau tidak teratasi dengan mengacu pada kriteria evaluasi.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Hasil Studi Kasus

3.1.1. Gambaran lokasi penelitian

RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang ialah rumah sakit Tipe B yang sudah menjadi Badan Layanan Umum. Salah satu ruang rawat inap yang ada ialah kelas III/Kelimutu yang dijadikan sebagai lokasi penelitian studi kasus tentang pneumonia. Ruang Kelimutu sebagai ruangan kelas III rawat inap, mempunyai kapasitas ruangan sebanyak 4 ruangan, yang mempunyai tempat tidur dan lemari masing-masing sebanyak 23 buah. Rata-rata pasien yang dirawat sebanyak 15 orang dan mempunyai tenaga pelayanan sebanyak 26 orang yang terdiri dari 23 orang perawat, 2 orang administrasi dan 1 orang cleaning service.

3.1.2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Juli 2019 jam 09.00 WITA, menggunakan metode anamnesa, observasi dan pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan dan menggunakan data pendukung seperti hasil laboratorium. Data tentang status kesehatan pasien dapat dikategorikan menjadi data subjektif dan objektif. Data subjektif diperoleh dengan menggunakan pendekatan wawancara. Berdasarkan sumber data, data dibedakan menjadi data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang diperoleh dari sumber asli (pasien), sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga pasien. Hal-hal yang akan dikaji dengan wawancara adalah keluhan utama saat ini, riwayat kesehatan masa lalu, riwayat kesehatan keluarga dan pola-pola kesehatan pasien.

Nama pasien adalah Tn. M. S. dirawat di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, Umur 49 tahun, jenis kelamin laki-laki, suku Timor, menganut agama Kristen Protestan, pekerjaan pasien adalah petani, pendidikan terakhir SMP dan bertempat tinggal di Toobaun.

Tn. M. S. mengatakan sesak napas sejak 1 minggu lalu, sesak dirasakan semakin berat saat berbaring dan melakukan aktivitas. Batuk namun tidak mengeluarkan dahak. Keluarga pasien mengatakan masuk Rumah Sakit sejak tanggal 10 Juli 2019, pukul 13.45 WITA. Karena pasien merasa sesak napas sangat berat dan pusing. Tn. M. S. mengatakan tidak pernah menderita sesak napas. Atau penyakit lain seperti hipertensi. Tn. M. S. tidak mempunyai riwayat operasi dan riwayat alergi obat dan makanan. Tn. M. S tidak merokok dan minum alkohol, namun mempunyai kebiasaan minum kopi setiap hari, pagi dan sore. Keluarga pasien mengatakan bahwa saat ini tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang sama seperti pasien, sesak napas.

Pada pengkajian pola nutrisi hasil yang didapat ialah keluarga pasien mengatakan bahwa sehari-hari sebelum masuk rumah sakit, pasien biasanya makan 3x sehari, makanan yang dimakan bervariasi yang terdiri dari nasi, sayur-sayuran, tempe, tahu, ikan, terkadang dengan daging, dan selalu menghabiskan porsi makan. Saat masuk rumah sakit nafsu makan pasien tetap baik, sehari makan 3 kali dan porsi yang dihabiskan cuma setengah porsi makan.

Tn. M. S. mengatakan tidur siang selama kurang lebih 1 jam yaitu dari jam 13.00 WITA sampai jam 14.00 WITA, Tn. M. S. tidur malam dari jam 22.00 WITA malam sampai jam 05.00 WITA pagi, pasien mengatakan sering terbangun karena batuk. Pasien mengatakan BAK 3-4 kali sehari, warna kuning terang, tidak berbau, BAB 1 kali sehari, konsistensi lunak.

Tn. M. S. mengatakan bahwa sebelum sakit ia melakukan aktivitas seperti biasa. Namun saat sakit Tn. M. S. tidak dapat melakukan aktivitas seperti biasa, karena mengalami sesak nafas. Tn. M. S. dan keluarga mengatakan bahwa mereka tidak menganggap sakit yang Tn. M. S. alami ini sebagai kutukan. Namun, menurut keluarga penyakit yang dialaminya adalah wajar dan percaya bahwa Tuhan melindunginya serta keluarganya. Tn. M. S. yakin bahwa ia akan sembuh.

Pada pemeriksaan fisik yang dilakukan didapatkan tekanan darah 110/70 mmHG, nadi 84 x/menit, pernapasan 38 x/menit, suhu badan 36,8°C. Pemeriksaan kepala dan leher, tidak terdapat sianosis, konjungtiva anemis, terdapat pernapasan

cuping hidung. Kesadaran composmentis, E4, V5, M6, GCS 15, CRT < 2 detik, vena jugularis teraba, terpasang NaCl 0,9% 7 tetes/menit. Pada pemeriksaan sistem respirasi didapatkan hasil adanya retraksi otot dada, terdengar bunyi ronchi pada paru kiri lobus, penggunaan otot bantu napas, terpasang O₂ 3 liter/menit, terdapat nyeri dada saat batuk, pernapasan cepat dan dangkal, perkusi bunyi pekak, saat palpasi taktil fremitus kiri dan kanan sama.

Pemeriksaan laboratorium dilakukan pada tanggal 10 Juli 2019 didapatkan hasil, hemoglobin 12,1 g/dl, Jumlah eritrosit $4.78 \times 10^6/\mu\text{L}$, hematokrit 34,0%, Jumlah leukosit $14,31 \times 10^3/\mu\text{L}$, eosinofil 0,1%, neutrofil $12,82 \times 10^3/\mu\text{L}$, limfosit $0,97 \times 10^3/\mu\text{L}$. Pada tanggal 13 Juli 2019 dilakukan pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil albumin 2,1 mg/L, SGPT 57 U/L, SGOT 124 U/L, HbsAg reaktif, SD HIV non reaktif.

Pengobatan yang didapat Ceftriaxone 2x2 gr. Moxifloxacin 1 x 400 mg, Digoxin 0,25 mg peroral, IVFD aminofusin hepar 1000cc/24 jam.

Analisa data

Pola nafas tidak efektif disebabkan oleh kelelahan otot pernapasan yang ditandai dengan data subyektif: Tn. M. S. mengatakan sesak napas sejak 1 minggu lalu, sesak akan terasa berat apabila berbaring dan melakukan aktivitas; data obyektif: terdapat pernapasan cuping hidung, retraksi dinding dada, penggunaan otot bantu napas, terpasang oksigen canule 3 liter permenit, pernapasan 38 kali permenit.

Masalah bersihan jalan napas tidak efektif penyebabnya mukus yang berlebihan di tandai dengan data subyektif: Tn. M. S. mengatakan batuk-batuk namun tidak mengeluarkan dahak. Data obyektif: Tn. M. S. tampak batuk, terdengar bunyi napas ronchi.

Intoleransi aktifitas disebabkan oleh dispneu bila melakukan aktivitas ditandai dengan data subyektif: Tn. M. S. mengatakan badan terasa lemah, sesak napas apabila melakukan aktivitas; data obyektif: Tn. M. S. tampak lemah, sesak napas, terbaring di tempat tidur.

3.1.3. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data-data hasil pengkajian analisa data, mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung, ditentukan masalah dan prioritas masalah dengan mempertimbangkan tiga hal yaitu apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan atau mengancam tumbuh kembang pasien. Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan, baik itu tujuan umum/goal maupun tujuan khusus/objektif yang merupakan harapan pasien agar dapat dievaluasi dengan baik oleh perawat. Selanjutnya menetapkan intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya.

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan merupakan masalah yang dapat mengancam kehidupan pasien. Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan merupakan masalah yang dapat mengancam kehidupan. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispneu bila melakukan aktivitas ditandai dengan data subyektif: Tn. M. S mengatakan badan terasa lemah, sesak napas apabila melakukan aktivitas; data obyektif: Tn.M. S tampak lemah, sesak napas, terbaring di tempat tidur.

3.1.4. Rencana Keperawatan

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan. Goal: pasien akan mempertahankan pola nafas yang efektif selama perawatan. Objektif: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit pola nafas kembali efektif, dan dengan kriteria hasil: sesak nafas berkurang/tidak sesak, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada tarikan dinding dada, penggunaan otot bantu nafas berkurang/tidak ada penggunaan otot bantu nafas. Intervensi: 1) observasi irama, kedalaman, dan kesulitan bernapas, rasional: untuk mengetahui perkembangan status kesehatan pasien. 2). Monitor pola nafas. Rasional: untuk mengetahui perkembangan pola nafas. 3). Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, rasional: posisi fowler/semi fowler untuk mengurangi sesak. 4). Kolaborasi pemberian Oksigen dan broncodilatator,

rasional: memperlebar luas permukaan bronkus dan bronkiolus pada paru-paru, dan membuat kapasitas sarapan oksigen paru-paru meningkat.

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan. Goal: pasien akan mempertahankan bersihan jalan nafas yang efektif selama perawatan. Objektif: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 30 menit, bersihan jalan nafas kembali efektif, dengan kriteria hasil yang diharapkan adalah batuk berkurang, tidak ada mukus, bunyi ronchi berkurang/tidak ada, bunyi ronchi, tanda-tanda vital dalam batas normal. Intervensi : 1). Observasi adanya bunyi nafas tambahan. Rasional: menentukan lokasi penumpukan sekret, mengevaluasi kebersihan jalan napas. 3). Ajarkan nafas dalam dan batuk efektif: rasional : memudahkan pelepasan sekret. 4). Keluarkan sekret dengan batuk atau suction. Rasional: membantu mengeluarkan sekret. 5). Kolaborasi pemberian terapi Uap. Rasional : .mengencerkan sekret.

Diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispneu setelah aktivitas. Goal: pasien akan mempertahankan toleransi aktivitas selama perawatan. Objektif: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam toleransi aktivitas membaik, dan dengan kriteria hasil: mampu melakukan aktivitas sehari-hari, status respirasi: pertukaran gas dan ventilasi adekuat, mampu berpindah tanpa bantuan alat. Intervensi: 1) bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. Rasional: mempengaruhi pilihan intervensi 2). Mampu melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri. 3). Tanda – tanda vital normal, rasional: manifestasi kardiopulmonal. 4). Bantu untuk mendapat alat bantuan seperti kursi roda, rasional: meningkatkan aktivitas pasien.

3.1.5. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan disusun dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 15-17 Juli 2019, tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari.

Diagnosa keperawatan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keletihan otot pernapasan. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019 pukul 09.00 WITA, adalah : 1) mengamati irama, kedalaman, dan kesulitan bernapas, 2). Observasi tanda-tanda vital, 3). Atur posisi semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi, 4). Melakukan Kolaborasi pemberian Oksigen.

Hari kedua tanggal 16 Juli 2019 pukul 09.15 WITA, implementasi yang dilakukan ialah 1). Pukul 09.15 wita, Atur posisi fowler/ semi fowler untuk meminimalkan ventilasi, 2). Pukul 12.00 wita Kolaborasi pemberian terapi Uap, dengan combiven UDV 2,5 ml. 3) mengamati tanda-tanda Vital. 4). Melakukan Kolaborasi pemberian Oksigen 2 liter/menit.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, implementasi yang dilakukan ialah 1). Pukul 09.15 wita, Atur posisi semi fowler untuk meminimalkan ventilasi, 2). Pukul 12.00 wita Kolaborasi pemberian terapi Uap, dengan combiven UDV 2,5 ml. 3) mengamati tanda-tanda Vital.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan mukus berlebihan. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019, adalah . 1). Pukul 10.15 WITA, ajarkan napas dalam dan batuk efektif, serta minum air hangat, 2). Pukul 12.00 WITA Kolaborasi pemberian terapi Uap, dengan combiven UDV 2,5 ml.

Hari kedua tanggal 16 Juli 2019, implementasi yang dilakukan ialah 1). Pukul 08.30 WITA, Mengajarkan napas dalam dan batuk efektif serta menganjurkan minum air hangat untuk mengencerkan dahak. 2). Pukul 12.00 WITA Kolaborasi pemberian terapi Uap, dengan combiven UDV 2,5 ml.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, implementasi yang dilakukan ialah: 1). Pukul 10.15 wita, mengajarkan batuk efektif, 2). Pukul 12.00 WITA melakukan kolaborasi pemberian terapi Uap, dengan combiven UDV 2,5 ml.

Untuk diagnosa keperawatan intoleransi Aktivitas berhubungan dengan dispneu. Implementasi yang dilakukan pada hari pertama tanggal 15 Juli 2019, adalah: 1) pukul 09.30 WITA, membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 2). Pukul 12.00 WITA, observasi tanda – tanda vital

TD: 110/70 mmHg, Nadi 92 x/menit, Pernapasan 28x/menit.

Hari Kedua tanggal 16 Juli 2019, implementasi yang dilakukan ialah: 1) membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan. 2). Mengajarkan Tn.M.S. untuk melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri. 3). Observasi tanda – tanda vital 4). membantu untuk mendapat alat bantuan kursi roda.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, pukul 08.45 WITA, implementasi yang dilakukan adalah: 1). Tanda – tanda vital normal 2). membantu untuk mendapat alat bantuan kursi roda saat Tn.A.N ke radiologi.

3.1.6. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap akhir dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai keberhasilan tindakan asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn.MS dilakukan sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara obyektif maupun secara subjektif menggunakan evaluasi SOAP.

Diagnosa pola nafas tidak efektif berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan. Evaluasi hari pertama, tanggal 15 Juli 2019, Pukul 14.00 WITA, S: Pasien mengatakan sesak napas, saat berbaring. Masih batuk. O: Pasien tampak sesak, pernapasan cepat dan dangkal, A; masalah belum teratasi, P: intervensi 1-4 dilanjutkan.

Hari kedua, tanggal 16 Juli 2019, pukul 14.00 wita, Pukul 14.00 WITA, S: Pasien mengatakan sesak napas, saat berbaring. Masih batuk. O: Pasien tampak sesak, pernapasan cepat dan dangkal, A; masalah belum teratasi, P: intervensi 1-4 dilanjutkan.

Hari ketiga, 17 Juli 2019, Pukul 14.00 WITA, S: Pasien mengatakan sesak napas berkurang. Batuk tidak ada . O: Pasien tampak sesak sedikit, tidak terpasang oksigen, A; masalah teratasi sebagian, P: intervensi 1-4 dilanjutkan.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan mukus berlebihan. Evaluasi hari pertama tanggal 15 Juli 2019, Pukul 14.00 WITA, S: Tn. M. S. Mengatakan batuk, nyeri dada saat batuk. O: Tn. M. S.

Tampak batuk tidak dapat mengeluarkan dahak, tanda-tanda vital Pernapasan 32x/menit. A: masalah belum teratasi. P; intervensi 1-5 dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua, tanggal 16 juli 2019, Pukul 14.00 wita, S: Tn. M. S. mengatakan masih batuk-batuk, nyeri dada saat batuk berkurang. O: pasien tampak sesak, tanda-tanda vital pernapasan 32x/menit. A: masalah belum teratasi. P; intervensi 1-5 dilanjutkan.

Hari ketiga tanggal 17 Juli 2019, Pukul 14.00 WITA, S: Tn. M. S. mengatakan masih batuk tapi tidak dapat mengeluarkan dahak, nyeri dada saat batuk tidak ada lagi. O: pasien tampak batuk sesekali, tanda-tanda vital pernapasan 26x/menit. A: masalah teratasi sebagian. P; intervensi 1 dan 4 dilanjutkan.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispneu. Evaluasi hari pertama tanggal 15 Juli 2019, Pukul 14.00 WITA. S: Tn. M. S mengatakan badan masih terasa lemah, O: keadaan umum lemah, pasien tampak berbaring di tempat tidur, masalah belum teratasi, P: intervensi 1-4 dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua tanggal 16 Juli 2019, pukul 14.05 WITA. S: Tn.M.S mengatakan belum bisa beraktivitas sendiri, O: Keadaan umum lemah, melakukan aktivitas dibantu oleh keluarga, A: masalah teratasi sebagian, P: intervensi 1-4 dilanjutkan.

Evaluasi hari ketiga, tanggal 17 Juli 2019, pukul 14.00 WITA, S: tn.M.S mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas sendiri, tetapi terkadang masih dibantu oleh keluarga, O: keadaan umum masih lemah, berjalan ke kamar mandi sendiri namun perlahan, A: masalah teratasi sebagian, P: intervensi dilanjutkan.

3.2. Pembahasan

Berdasarkan asuhan keperawatan pada Tn. M. S dengan pneumonia yang dilaksanakan di ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang selama 3 hari dari tanggal 15-17 Juli 2019, pada bab ini penulis akan membahas seluruh tahapan proses keperawatan yang terdiri dari: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana, implementasi dan evaluasi keperawatan. Penulis juga melihat apakah ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang ditemukan di lapangan.

Pneumonia adalah salah satu penyakit peradangan akut parenkim paru

yang biasanya dari suatu infeksi saluran pernapasan bawah akut, disebabkan oleh bermacam-macam etiologi seperti bakteri, virus, jamur dan benda asing. Faktor lain yang mempengaruhi timbulnya pneumonia adalah daya tahan tubuh yang menurun misalnya akibat malnutrisi, penyakit menahun, aspirasi dan pengobatan dengan antibiotik yang tidak sempurna. Pengkajian pernafasan lebih jauh mengidentifikasi manifestasi klinis pneumonia antara lain, nyeri, takipnea, penggunaan otot-otot aksesori pernapasan untuk bernapas, nadi cepat, batuk dan sputum purulen

Diagnosa keperawatan pada pneumoni berdasarkan teori ada 5 diagnosa. yang dapat diangkat pada pasien Pneumonia yang dirawat di rumah sakit ialah ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan napas, ketidakefektifan pola napas, kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake oral tidak adekuat, takipneu, demam, intoleransi aktivitas berhubungan dengan respiratory, defisiensi pengetahuan (Nanda,2015). Sedangkan kekurangan volume cairan dan defisiensi pengetahuan tidak penulis angkat karena tidak sesuai dengan data saat dilakukan pengkajian

Menurut NIC, intervensi yang dilakukan pada diagnosa bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan inflamasi dan obstruksi jalan napas, adalah jalan napas, pastikan kebutuhan oral, auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning, informasikan pada klien dan keluarga tentang suction, minta klien napas dalam sebelum suction dilakukan, berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotrakeal, gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan, anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal, monitor status oksigen pasien, ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction, hentikan suction dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan saturasi O₂; arway management: buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan, pasang mayo bila perlu, lakukan fisioterapi dada jika perlu, keluarkan sekret dengan batuk atau suction, auskultasi suara napas catat adanya suara napas tambahan, berikan bronkodilatator bila perlu, monitor

respirasi dan status O₂. Namun penulis hanya mengambil intervensi sesuai dengan keadaan kesehatan Tn. M. S saat ini. Sehingga hanya 5 intervensi yang diambil.

Intervensi (NIC) pada diagnosa ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot pernapasan ialah: airway management: buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan, pasang mayo bila perlu, lakukan fisioterapi dada jika perlu, keluarkan sekret dengan batuk atau suction, auskultasi suara nafas catat adanya suara napas tambahan, berikan bronkodilatator bila perlu, monitor respirasi dan status O₂. Oxygen therapy: bersihkan mulut, hidung dan secret trakea, pertahankan jalan napas yang paten, atur peralatan oksigenasi, monitor aliran oksigen, pertahankan posisi pasien, observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi, monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi Monitor tanda-tanda vital: monitor tekanan darah, nadi, suhu dan pernapasan; catat adanya fluktuasi tekanan darah; auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan; monitor tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan sebelum, selama dan setelah aktivitas; monitor kualitas nadi; monitor frekwensi dan irama pernapasan; monitor suara paru; monitor pola pernapasan abnormal, monitor suhu, warna dan kelembaban kulit; monitor sianosis perifer, identifikasi penyebab dari perubahan vital sign. Intervensi yang diangkat pada diagnosa ketidakefektifan pola napas hanya 5 intervensi berdasarkan kebutuhan Tn. M. S saat ini.

Diagnosa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan isolasi respiratory. Intervensi (NIC) yang dilakukan adalah : terapi aktivitas, kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi medik dalam merencanakan program terapi yang tepat, bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial, bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang, monitor respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.

Tindakan keperawatan pada Tn.M. S, yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan. Namun pada Tn.M. S tidak semua intervensi pada teori dapat dilakukan. Intervensi yang dilakukan yang sesuai dengan keadaan Tn.M. S.

Semua intervensi yang ditetapkan dilakukan sesuai dengan situasi dan kebutuhan Tn.M. S. Semua intervensi tidak dilakukan pada hari yang sama, namun ada yang dilakukan pada hari kedua dan ketiga.

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada Tn.M. S disesuaikan dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun subjektif.

ketiga masalah keperawatan yang diangkat pada Tn. M. S, bersihan jalan napas tidak efektif dan pola napas tidak efektif belum teratasi hingga hari ketiga. Diagnosa intoleransi aktivitas dapat teratasi pada hari rawat ke tiga. Sehingga saat evaluasi akhir seluruh masalah yang diangkat pada Tn.M. S satu masalah intoleransi aktivitas teratasi dan dua masalah bersihan jalan napas tidak efektif dan pola napas tidak efektif belum teratasi intervensi keperawatan dilanjutkan.

3.2.1. Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu faktor orang atau manusia. Dimana orang dalam hal ini Tn. M. S yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin didapatkan dari pasien yang lainnya.

Keterbatasan faktor waktu, dimana waktu yang ditentukan 3 hari membuat peneliti tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dari Tn.M.S, sehingga tidak dapat di evaluasi secara maksimal sesuai dengan harapan pasien dan peneliti.

BAB 4

PENUTUP

4.1. Kesimpulan

Penerapan asuhan keperawatan pada pasien pneumoni pada umumnya sama antara teori dan kasus. Hal ini dapat dibuktikan dalam penerapan teori pada kasus Tn.M. S yang menertia Pneumonia. Penerapan kasus ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dari hasil pengkajian, keluhan utama yang dialami Tn.M. S adalah sesak napas dan batuk, pernapasan 38x/menit, terdapat pernapasan cuping hidung, penggunaan otot bantu nafas, ada retraksi dinding dada, terdengar suara napas ronchi. Dari hasil pengkajian didapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu, bersihan jalan napas yang tidak efektif, pola napas yang tidak efektif dan intoleransi aktivitas. Perencanaan keperawatan dilakukan berdasarkan kondisi dan kebutuhan Tn. M. S saat ini. Tidak semua intervensi di teori di terapkan. Implementasi dilakukan berdasarkan intervensi keperawatan yang sudah ditetapkan.

Diagnosa keperawatan yang angkat pada Tn. M. S ialah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebih, ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot napas dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispneu.

Rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan kebutuhan atau keadaan kesehatan Tn. M. S. Sehingga tidak semua intervensi berdasarkan teori diambil. Intervensi yang diambil yaitu mengobservasi irama dan kedalaman pernapasan, mengatur posisi pasien untuk memaksimalkan ventilasi, ajarkan napas dalam dan batuk efektif, kolaborasi pemberian oksigen dan uap.

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi yang sudah di rencanakan. Evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan berdasarkan kriteria hasil dari masing-masing diagnosa. Hasil evaluasi pada Tn. M. S diagnosa bersihan jalan napas dan pola napas tidak efektif

belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan, sedangkan diagnosa intoleransi aktivitas dapat teratasi sebagian sehingga intervensi 1 Dan 2 dilanjutkan.

4.2. Saran

Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien .

4.2.1. Untuk rumah sakit

Diharapkan dapat memberikan pelayanan kepada pasien lebih optimal dan meningkatkan pelayanan mutu rumah sakit.

4.2.2. Untuk institusi

Sebagai tempat menempuh ilmu keperawatan diharapkan hasil penelitian ini dijadikan sebagai acuan dalam penelitian selanjutnya yang terkait dengan diagnosa medik pneumonia.

4.2.3. Untuk peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan kepada klien secara optimal.

Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien .

DAFTAR PUSTAKA

- Betz dan Sowden, (2002). *Buku Saku Keperawatan Pediatri Edisi 3*. Jakarta: Penerbit Kedokteran EGC
- Brunner & Suddarth. 2000. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 1*. Jakarta: EGC
- Corwin, Elizabeth J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*. Jakarta: EGC
- Djojodibroto, D. 2009, *Respirologi (Respiratory Medicine)*, Jakarta: EGC
- Muttaqin, Arif. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Pernapasan*, Salemba Medika, Jakarta
- Ngastiyah, 2012. *Perawatan Anak Sakit*. Edisi II. Jakarta: EGC
- Nugroho T. 2011. *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam . cetakan 1*. Yogyakarta: Penerbit Nuha Medika
- Nurarif A. H & Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc ed Revisi*. Jogjakarta : Penerbit Mediaction.
- Register Pasien rawat inap, Ruang Kelimutu Maret 2019 sampai dengan Juli 2019
- Smeltzer, S & Bare. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*, edisi 2. Jakarta: EGC

Lampiran

Lampiran 1.



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

NamaMahasiswa :Maria Y Kristiani Bria

NIM :PO.5303201181210

Format Pengkajian Dewasa

NamaPasien :Ny. M. S.

Ruang/Kamar : Kelimutu/ C6

DiagnosaMedis : Pneumonia

No. Medical Record : 515888

Tanggal Pengkajian : 15 Juli Jam : 09.15

Masuk Rumah Sakit : 11 Juli 2019 Jam : 02.30

Identitas Pasien

Nama Pasien Tn. M. S

Jenis Kelamin : L

Umur/Tanggal Lahir : 49 tahun/ 17-03-1970

Status : Tidak

Perkawinan Kawin

Agama	: Katolik	Suku Bangsa	: WNI
Pendidikan Terakhir	: SMP	Pekerjaan	: Petani
Alamat	: Toobaun		

Identitas Penanggung

Nama	: Ny. E. N	Pekerjaan	:
Jenis Kelamin	:P	Hubungan dengan klien	: Keponakan
Alamat	: Toobaun		

Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

- Kapan: pasien mengeluh sesak napas, nyeri dada
- Lokasi: di area dada

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan: Saat kaji klien mengatakan sesak napas, akan terasa berat apabila melakukan aktivitas dan saat berbaring.
- Sifat keluhan: menetap, sesak akan hilang saat duduk.
- Lokasi : dada
- Keluhan lain yang menyertai: batuk - batuk
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : saat melakukan aktivitas
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)
Pasien mengatakan keluhannya akan bertambah berat bila berbaring, dan melakukan kegiatan.
- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan: klien melakukan upaya dengan cara minum obat dan posisi fowler/semi fowler

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita : tidak ada
- Riwayat Alergi : tidak ada
- Riwayat Operasi : tidak pernah

4. Kebiasaan

- Merokok

Tidak merokok

- Minum alkohol

Tidak ada

- Minum kopi :

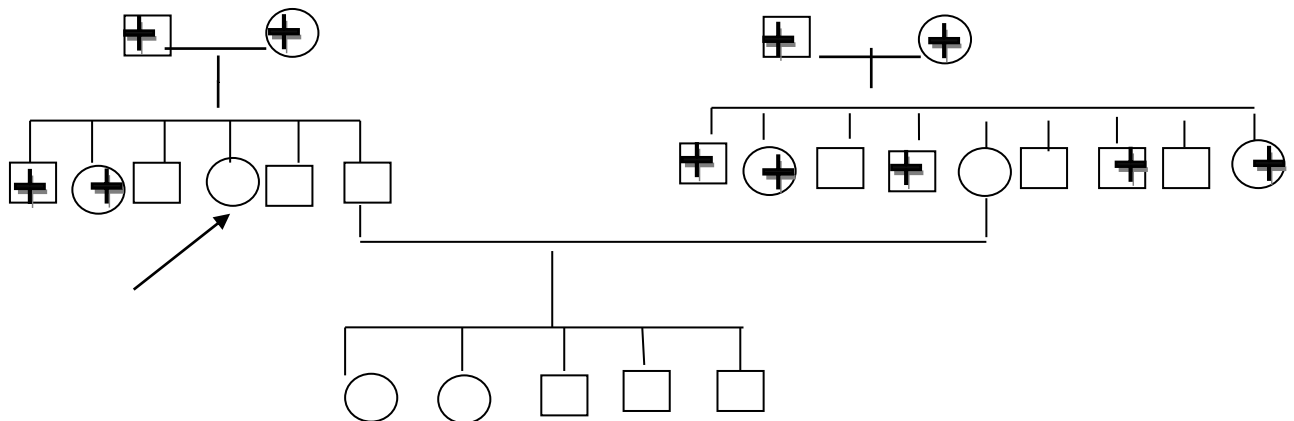
minum kopi 2 kali dalam sehari yaitu pagi dan sore hari

- Minum obat-obatan

Tidak ada.

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tigagenerasi) :

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko




Keterangan : = Laki-laki


= Perempuan

= laki-laki meninggal

→ = Pasien

---- = Tinggal serumah

 = meninggal laki – laki

 = meninggal perempuan

Pemeriksaan Fisik.

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah: 110/70 mmHg
- Nadi : 84 x/ menit
- Pernapasan : 38 x / menit
- Suhu badan : 36,8°C

2. Kepala dan leher

- Kepala :
 - Sakit kepala : ☐ ya ☒ tidak
 - Bentuk , ukuran dan posisi:
 - ☒ normal ☐ abnormal, jelaskan : ada bengkak di pipi kiri bawah
 - Lesi : ☐ ada, ☒ tidak ada
 - Masa : ☐ ada, ☒ tidak ada
 - Observasi Wajah : ☒ simetris, ☐ asimetri,
- Penglihatan :
 - Konjungtiva: ☒ anemis ☐ tidak
 - Sklera: ikterik ☒ tidak
 - Pakai kacamata : ☐ Ya ☒ tidak
 - Penglihatan kabur : ☐ Ya, ☒ tidak
 - Nyeri : tidak ada
 - Peradangan : tidak ada
 - Operasi : tidak pernah

- Pendengaran

- Gangguan pendengaran : ☐Ya ☒tidak
- Nyeri : ☐Ya ☒tidak
- Peradangan : ☐Ya ☒tidak

- Hidung

- Alergi Rhinnitus : ☐Ya ☒tidak
- RiwayatPolip : ☐Ya, ☒tidak
- Sinusitis : ☐Ya, ☒tidak
- Epistaksis : ☐Ya, ☒tidak

- Tenggorokan dan mulut

- Keadaan gigi : tampakbersih
- Caries : ☐Ya, ☒tidak
- Memakai gigi palsu : ☐Ya, ☒tidak
- Gangguan bicara : ☐Ya, ☒tidak
- Gangguan menelan : ☐Ya, ☒tidak
- Pembesaran kelenjarleher : ☐Ya, ☒tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada : ☐Ya, ☒tidak
- Inspeksi :
 - Kesadaran/ GCS : composmentis= E 4. V= 5, M- 6 = 15
 - Bentuk dada : ☐abnormal , ☒ normal
 - Bibir : ☐sianosis ☒ normal
 - Kuku : ☐sianosis ☒ normal
 - Capillary Refill : ☐ Abnormal ☒ normal > 3det
 - Tangan : ☐ Edema ☒ normal
 - Kaki : ☐ Edema ☒ normal
 - Sendi : ☐ Edema ☒ normal

- Turgor kulit : ☐ Abnormal, ☒ Normal

- Keadaan bibir : ☒ lembab ☐ kering

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa :merah muda

Luka/ perdarahan :☐Ya, ☒tidak

Tanda-tanda radang : ☐Ya, ☒tidak

Keadaan gusi : ☐ Abnormal, ☒ normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit :cokelat

Luka : ☐Ya, ☒tidak

Pembesaran : ☐ Abnormal, adanya asites ☒
normal

- Keadaan rektal

Luka : ☐Ya, ☒tidak

Perdarahan : ☐Ya, ☒tidak

Hemmoroid : ☐Ya, ☒tidak

Lecet/ tumor/ bengkak :☐Ya, ☒tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 33 x/,menit../ baik +)

d. Perkusi : Cairan : ☐ Abnormal, adanya asites ☒ normal

Udara :☐ Abnormal, (kembung) ☒ normal

Massa :☐ Abnormal, ☒ normal

e. Palpasi :

Tonus otot: ☐ Abnormal, ☒ normal

Nyeri : ☐ Abnormal, ☒ normal

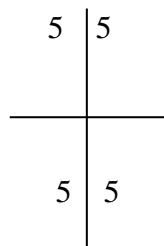
Massa : ☐ Abnormal ☒ normal

6. Sistem Persyarafan

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Tingkat kesadaran: compos mentis, GCS (E/M/V): 15
- c. Pupil : ☒ Isokor ☐ anisokor
- d. Kejang : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Jenis kelumpuhan : ☐ Ya, ☒ tidak
- f. Parasthesia : ☐ Ya, ☒ tidak
- g. Koordinasi gerak : ☐ Abnormal, ☒ normal
- h. Cranial Nerves : ☐ Abnormal, ☒ normal
- i. Reflexes : ☐ Abnormal, ☒ normal

7. Sistem Muskuloskeletal

- a. Keluhan : Tn. M. S mengatakan badan terasa lemah.
- b. Kelainan Ekstremitas : ☐ ada, ☒ tidak ada
- c. Nyeri otot : ☒ ada ☐ tidak (ada pada ekstremitas atas dan bawah)
- d. Nyeri Sendi : ☐ ada ☒ tidak ada
- e. Refleksi sendi : ☐ abnormal, ☒ normal
- f. Kekuatan otot : ☐ Atropi ☐ hipertropi ☒ normal



8. Sistem Integumentari

- a. Rash : ☐ ada, ☒ tidak ada
- b. Lesi : ☒ ada, ☐ tidak ada (ada lesi pada abdomen)
- c. Turgor : baik Warna : coklat
- d. Kelembaban : ☐ Abnormal, ☒ normal
- e. Petechie : ☐ ada, ☒ Tidak ada

f. Lain lain :tidak ada

9. Sistem Perkemihan

- a. Gangguan : ☐ kencing menetes ☐ inkontinensia ☐ retensi
☐ gross hematuri ☐ disuria ☐ poliuri
☐ oliguri ☐ anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ☐ ya ☐ √ tidak
- c. Kandung kencing : membesar ☐ ya ☐ tidak
nyeri tekan ☐ ya ☐ √ tidak
- d. Produksi urine : kurang lebih 1000cc
- e. Intake cairan : ☐ oral :600cc/hr ☐ parenteral :1500cc
- f. Bentuk alat kelamin : ☐ √ Normal ☐ Tidak normal,
- g. Uretra : ☐ √ Normal ☐ Hipospadia/Epispadia
Lain-lain : tidak ada

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar : ☐ ada, ☒ tidak ada
- c. Lain – lain : tidak ada

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : -
• Keadaan payudara : ☐ Abnormal, ☐ normal
• Riwayat Persalinan:-
• Abortus:-
• Pengeluaran pervagina: ☐ Abnormal, ☐ normal
• Lain-lain:-
- c. Pria : Pembesaran prostat : ☐ ada ☒ tidak ada
- d. Lain-lain: tidak ada

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan :

- Pola makan : teratur
- Frekuensi makan : 3x sehari
- Nafsu makan : baik
- Makanan pantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : cemilan jagung goreng
- Banyaknya minuman dalam sehari 300cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidak ada
- Sebelum sakit BB : 45 kg TB : 160cm
- Penurunan BB : dalam waktu : tidak

2. Perubahan selama sakit :

Tidak ada perubahan

B. Eliminasi

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan (Pasien memakai kateter fowllly)

Frekuensi dalam sehari : terpasang kateter Warna : kuning

Bau : khas, Jumlah/ hari : kurang lebih 1500cc

b. Perubahan selama sakit : BAK lebih banyak namun keluar lewat kateter Fowllly

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : saat ini 1 x sehari

Warna : kecoklatan

Konsistensi : lembik

b. Perubahan selama sakit : BAB dibantu keluarga

c. Olah raga dan Aktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : sepak bola
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : kadang - kadang

C. Istirahat dan tidur

- Tidur malam jam : 09.00

- Bangun jam : 06.00
- Tidur siang jam : 13.00
- Bangun jam : 15.00
- Apakah mudah terbangun : tidak
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman :

Pola Interaksi Sosial

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : orang tua
2. Organisasi sosial yang diikuti :
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik
Status rumah : milik sendiri
Cukup/ tidak
Bising/ **tidak**
Banjir / **tidak**
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya (orang tua)
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

Kegiatan Keagamaan/ Spiritual

1. Ketaatan menjalankan ibadah : ya (ke gereja tiap Minggu)
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan :

Keadaan Psikologis Selama Sakit

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap ia cepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang kerumah.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : baik
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

Data Laboratorium & Diagnostik

a. Pemeriksaan Darah

No	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan				
			Tanggal				
			10 Juli 2019	12 juli 2019			
1	Hemoglobin	13,0-18,0 g/dl	12,1				
2	Jumlah eritrosit	4,50-6,20 $10^6/\mu\text{l}$	4,78				
3	Hematokrit	40,0-54,0 %	34,0				
4	MCV	81,0-96,0 fL	71,7				
5	RDW-CV	11,0-16,0 %	12,4				
6	RDW-SD	37-54 fL	31,6				
7	Juml. Lekosit	4.0 – 10.0 $10^3/\mu\text{l}$	14,31				
8	Eosinofil	1.0 – 5.0 %	0,1				
9	Netrofil	50 – 70 %	89,6				
10	Limfosit	20 – 40 %	6,8				
11	JumlahNetrofil	1.50 – 7.00 . $10^3/\mu\text{l}$	12,8				
12	Trombosit	1.00-3.70 . $10^3/\mu\text{l}$	321				
13	HbsAg			Reaktif			

Diagnostik Test

1. Foto Rontgen

- a. Foto gigi dan mulut : tidak ada
- b. Foto oesophagus, lambung, dan usus halus : tidak ada
- c. Cholescystogram : tidak ada
- d. Foto colon : tidak ada

2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

Biopsy :

Colonoscopy : tidak ada

DII : tidak ada

Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidak ada
- Obat – obatan: ceftriaxone 2 x 2 gr, iv, moxifloxacin 1 x 400mg, digoxin 0,25mg peroral, IVFD aminofusin hepar 1000 cc/24jam.
- Lain-lain : tidak ada

LAPORAN KASUS

ANALISA DATA

NO	DATA-DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1	DS: Tn. M. S. Mengatakan sesak napas, batuk-batuk namun tidak mengeluarkan dahak. DO: Tn. M. S. nampak sesak, batuk, terdengar bunyi napas ronchi	Bersihkan jalan napas tidak efektif	Mukus yang berlebihan.

	<ul style="list-style-type: none"> - TD: 110/70mmhg - N: 84x/m - RR:38x/m - S:36,8⁰c 		
2	<p>DS: Tn. M. S, mengatakan sesak napas sejak 1 minggu ini, sesak akan bertambah berat apabila melakukan aktivitas dan berbaring.</p> <p>DO: Tn. M. S. Nampak sesak, terdapat pernapasan cuping hidung, penggunaan alat bantu napas, terpasang oksigen 3 liter per menit, pernapasan 38 x/menit.</p>	Pola napas tidak efektif	Keletihan otot pernapasan.
3.	<p>DS: Tn. M. S., mengatakan badan terasa lemah, tidak dapat melakukan aktivitas</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nampak berbaring lemah dan tampak sesak - RR:38X/M - S:36,8⁰c 	Intoleransi aktivitas	Dispneu setelah beraktifitas.

Diagnosa keperawatan:

1. ketidakefektifan jalan napas berhubungan dengan mukus yang berlebihan.
2. ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan keletihan otot napas.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispneu setelah beraktifitas.

INTERVENSI KEPERAWATAN:

NO	DX KEP	NOC	NIC
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan	<p>Goal: pasien akan mempertahankan bersihan jalan napas yang efektif selama masa perawatan</p> <p>Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam bersihan jalan napas kembali efektif</p> <p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menunjukkan jalan napas yang paten - Bunyi ronchi berkurang/tidak ada - Tanda-tanda Vital, dalam batas normal - Tidak ada mukus 	<p>Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi fowler/semi fowler 2. Observasi adanya bunyi napas tambahan 3. Ajarkan napas dalam dan batuk efektif 4. Anjurkan klien mengonsumsi air hangat untuk mengencerkan dahak 5. Kolaborasi pemberian terapi uap
2.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan	<p>Goal: Pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama masa perawatan</p> <p>Objektif: dalam jangka waktu 3x24 jam pola napas kembali efektif</p> <p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesak napas berkurang/hilang - Tidak ada tarikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi irama, kedalaman dan kesulitan bernapas 2. Monitor pola napas 3. Atur posisi pasien fowler/semi fowler 4. Observasi tanda-tanda vital 5. Kolaborasi pemberian oksigen dan broncodilator

		dinding dada - Tidak ada Penggunaan otot bantu napas.	
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispneu	Goal : Pasien akan mempertahankan toleransi aktifitas normal selama perawatan Objektif: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, toleransi aktivitas membaik dan normal	1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilaksanakan 2. Bantu klien untuk mendapatkan alat bantu aktivitas seperti kursi roda 3. Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu uluang.

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

NO	Dx kep	Hari/tgl	Jam	Tindakan	Evaluasi	Paraf
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan	Senin, 15 Juli 2019	09.45 10.00 10.00 10.00	1. mengatur posisi fowler/semi fowler 2. Observasi adanya bunyi napas tambahan 3. Ajarkan napas dalam dan batuk efektif 4. Anjurkan klien mengonsumsi air hangat untuk	S: Tn. M. S. mengeluh masih merasakan sesak napas, batuk O: Tn. M. S tampak sesak, ada batuk A: Masalah belum teratasi P: Intervensi	

			12.00	<p>mengencerkan dahak</p> <p>5. Mengobservasi tanda-tanda vital. Suhu 36 °C, Nadi 92 x/menit, tekanan darah 110/80 mmHG, pernapasan 36 x/menit</p> <p>6. Melakukan terapi uap.</p>	dilanjutkan	
2.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan	Senin, 15 juli 2019	<p>09. 50</p> <p>09.50</p> <p>09.50</p> <p>10.30</p>	<p>1. mengobservasi irama, kedalaman dan kesulitan bernapas</p> <p>2. memonitor pola napas</p> <p>3. Mengatur posisi pasien fowler/semi fowler</p> <p>4. Melakukan pemasangan oksigen 3 liter per menit</p>	<p>S:Tn.M. S. Mengatakan masih sesak, akan terasa berat bila berbaring</p> <p>O:tampak sesak, Pernapasan 36x/ menit</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan.</p>	
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan	Senin, 15 Juli 2019		<p>1. membantu klien untuk dalam mengidentifikasi aktivitas yang</p>	<p>S: pasien mengatakan masih sulit beraktivitas</p>	

	dispneu			<p>mampu dilaksanakan</p> <p>2. membantu klien membuat jadwal latihan diwaktu luang.</p>	<p>O: nampak lemah, ADL dibantu</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	
--	---------	--	--	--	---	--

Implementasi dan evaluasi

16 Juli 2019

NO	Dx kep	Hari/tgl	Jam	Tindakan	Evaluasi	Paraf
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan	Selasa 16 Juli 2019	08.45 08.50 08.50 12.00	1. mengatur posisi fowler/semi fowler untuk meminimalkan ventilasi 2. mengajarkan napas dalam dan batuk efektif 3. Anjurkan klien mengonsumsi air hangat untuk mengencerkan dahak 4. Mengobservasi tanda-tanda vital. Suhu 36 °C, Nadi 92 x/menit, tekanan	S: Tn. M. S. mengeluh masih merasakan sesak napas, batuk berkurang O: Tn. M. S tampak sesak, ada batuk sesekali. A: Masalah teratasi sebagain P: Intervensi dilanjutkan	

			12.15	<p>darah 110/80 mmHG,</p> <p>pernapasan 30 x/menit</p> <p>5. Melakukan terapi uap dengan combiven UVD 2,5ml</p>		
2.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan	Selasa, 16 Juli 2019	<p>08.30</p> <p>08.30</p> <p>08.45</p>	<p>1. mengobservasi irama, kedalaman dan kesulitan bernapas</p> <p>2. memonitor pola napas</p> <p>3. Mengatur posisi pasien fowler/semi fowler</p>	<p>S:Tn.M. S. Mengatakan masih sesak,</p> <p>O:tampak sesak,</p> <p>Pernapasan 32x/menit, terpasang oksigen 2 liter/menit</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan.</p>	
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispneu	Senin, 15 Juli 2019	<p>10.30</p> <p>10.45</p>	<p>1. membantu klien untuk dalam mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilaksanakan</p> <p>2. membantu Tn. M. S. untuk</p>	<p>S: pasien mengatakan masih sulit beraktivitas</p> <p>O: nampak lemah, ADL dibantu</p> <p>A: Masalah</p>	

				mendapatkan alat bantuan kursi roda saat akan ke ruang Radiologi.	belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--	---	---	--

Implementasi dan Evaluasi

Rabu, 17 Juli 2019

NO	Dx kep	Hari/tgl	Jam	Tindakan	Evaluasi	Paraf
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan mukus berlebihan	Rabu, 17 Juli 2019	09.45 10.00 10.00 10.00 12.00	1. mengatur posisi fowler/semi fowler 2. Observasi adanya bunyi napas tambahan 3. Ajarkan napas dalam dan batuk efektif 4. Anjurkan klien mengonsumsi air hangat untuk mengencerkan dahak 5. Mengobservasi tanda-tanda vital. Suhu 36 °C, Nadi 92 x/menit, tekanan darah 110/70 mmHG, pernapasan 28	S: Tn. M. S. mengeluh masih merasakan sesak napas, batuk, nyeri dada berkurang O: Tn. M. S masih tampak sesak sedikit, batuk hanya sesekali A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan	

				x/menit 6. Melakukan terapi uap.		
2.	Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan kelelahan otot pernapasan	Rabu, 17 Juli 2019	09.50 09.50 09.50 10.30	1. mengobservasi irama, kedalaman dan kesulitan bernapas 2. memonitor pola napas 3. Mengatur posisi pasien fowler/semi fowler 4. Melakukan pemasangan oksigen 3 liter per menit	S:Tn.M. S. Mengatakan masih sesak sedikit, O:tampak sesak sedikit, Pernapasan 28 x/menit A:Masalah belum teratasi P:Intervensi dilanjutkan.	
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan dispneu	Senin, 15 Juli 2019		1. membantu klien untuk dalam mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilaksanakan 2. membantu klien membuat jadwal latihan diwaktu luang.	S: pasien mengatakan sudah bisa berjalan sendiri ke kamar mandi. O: masih tampak lemah, sudah bisa beraktivitas, berjalan meskipun perlahan-lahan	

					n A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	--	--	---	--



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIPLOMA III
KEPERAWATAN KUPANG

Jl. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045

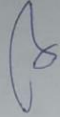


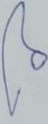



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : MARIA YOSIESVA KRISTIANI BRIA
NIM : PO. 5303201181210
NAMA PEMBIMBING : MARIANA ONI BETAN, S.Kep. Ns., MPH
NIP : 19730710 199703 2 003

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING/PENGUJI
1	15 Juli 2019	BAB 1, pada pendahuluan ditambahkan data pendukung seperti data dari WHO, Kemenkes RI dan register penyakit pneumonia yang dirawat di ruang Kelimutu. Pada tujuan khusus penulisan tentang langkah-langkah dalam asuhan keperawatan mulai dari pegkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.	



2	17 Juli 2019	BAB 1 dan BAB 2 sebagian. Perbaiki cara pengetikan terutama spasi, bold huruf, dan ukuran kertas saat pengetikan, sesuaikan dengan petunjuk.	
3	18 Juli 2019	Dalam penentuan diagnosa keperawatan menggunakan NANDA,. Diagnosa keperawatan diangkat sesuai dengan keadaan pasien saat ini	
4	20 Juli 2019	Semua dibuatkan narasi tidak menggunakan a,b,c dan lain sebagainya. Dibuatkan narasi dari point a dan b, dan seterusnya.	
5	22 Juli 2019	Perhatikan penempatan imbuhan pada kata kerja. Penempatan huruf kapital. Untuk pemeriksaan fisik harus fokus pada masalah yang ada pada pasien.	
6	24 Juli 2019	Pada BAB 3, studi kasus dibuatkan narasi dan pada pembahasan dilihat mulai dari pengkajian sampai evaluasi apakah ada kesenjangan antara teori dengan yang dilakukan. Jika ada kesenjangan dibuatkan alasan dari kesenjangan tersebut.	



7	26 Juli 2019	Pada kata pengantar perhatikan urutannya, jangan lupa tanda baca pada nama dan gelar. Halaman judul Karya Tulis Ilmiah hurufnya lebih besar dari yang lain, ukuran huruf 14. Perbaiki sesuai dengan masukan saat ujian sidang.	B
8	29 Juli 2019	Acc dari dosen penguji dengan catatan. Pada pemeriksaan semua data subyektif diawal, kemudian baru masukkan data obyektif dan pemeriksaan penunjang serta pengobatan. Kriteria hasil yang diharapkan sesuai dengan data yang ada pada analisa data. Evaluasi dilakukan untuk menjawab masalah yang ada.	B
9	30 Juli 2019	Acc oleh Pembimbing.	B

